

## Autorización para divulgar o solicitar información médica protegida

### Información del cliente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección, ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Seguro social o identificación del paciente \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal | Otro número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

### Autorizo a la Junta de Servicios Comunitarios de Fairfax-Falls Church a realizar lo siguiente:

Intercambiar con:  Entregar a: Si se envían registros: La información es para el período de tiempo desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

### Las siguientes organizaciones o personas: \_\_\_\_\_

### La siguiente información:

**Toda** la información a continuación, O BIEN  **Solamente** la información que se marca a continuación:

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de tratamiento por consumo de sustancias (Parte 2 del 42 CFR) | <input type="checkbox"/> Antecedentes de medicamentos | <input type="checkbox"/> Notas/Informe de progreso | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento  | <input type="checkbox"/> Antecedentes de diagnósticos | <input type="checkbox"/> Valoración/Evaluaciones   | <input type="checkbox"/> Resumen de alta           |
| <input type="checkbox"/> Información de la cuenta   | <input type="checkbox"/> Antecedentes sociales        | <input type="checkbox"/> Registros administrativos | <input type="checkbox"/> Otra: _____               |

Para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y/o

El siguiente fin: *(debe ser específico)*: \_\_\_\_\_

Esta autorización entra en vigencia a partir de la fecha de firma a continuación hasta \_\_\_\_\_  
(Fecha o evento)

### Nueva divulgación:

- Si estos registros están protegidos por las Regulaciones Federales de Confidencialidad del Uso de Sustancias (Parte 2 del 42 CFR), entiendo que un destinatario tiene prohibido hacer cualquier divulgación adicional de información sobre trastornos por consumo de sustancias, y esta información no puede usarse para investigar o procesar penalmente a pacientes con trastornos por consumo de sustancias, a menos que la Parte 2 del 42 CFR lo permita.
- Si estoy autorizando la divulgación de información sobre un trastorno por consumo de sustancias para el sistema de justicia penal, la Parte 2 del 42 CFR permite a las personas dentro del sistema de justicia penal que reciben esta información volver a divulgarla para llevar a cabo sus obligaciones oficiales.
- Si estos registros no están protegidos por la Parte 2 del 42 CFR, entiendo que la información utilizada o divulgada en función de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por las regulaciones federales de la HIPAA.

### Entiendo la siguiente información:

- La ley de Virginia no permite la divulgación de información/registros, si los hubiera, obtenidos durante el proceso de compromiso civil, excepto a otro proveedor de atención médica de brinda el tratamiento. Código de VA 16.1-337, 37.2-804.2 y -818.
- Los proveedores de servicios que utilicen o divulguen información sobre trastornos por consumo de sustancias en función de esta autorización deben compartir la cantidad mínima necesaria de la información especificada para lograr el propósito de la divulgación descrita anteriormente.
- La provisión de tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no depende de si firmo esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una declaración de revocación por escrito a uno de los contactos del personal de CSB enumerados en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CSB, excepto en la medida en que los proveedores ya hayan actuado en función de esta autorización. Si firmo esta autorización como condición de mis antecedentes penales, esta autorización solo puede ser revocada después de que concluyan mis asuntos penales o después de \_\_\_\_ (Fecha o evento).
- La información que se divulgará se me ha explicado completamente, y esta autorización se otorga por mi propia voluntad.
- He recibido una copia de esta autorización o se ha colocado una copia en mi archivo.

Si se solicita una copia del conjunto de registros designado, entiendo que se me cobrará una tarifa de \$0.37 centavos por página hasta cincuenta (50) páginas y \$0.18 centavos por página a partir de entonces, más \$10.00 de tarifa administrativa; para cubrir el cargo asociado por la copia de mi registro.

Me gustaría que mis registros sean:  electrónicos  en formato de papel

### La siguiente información es necesaria si se solicitan registros. Los registros deben ser enviados por el personal del Departamento de Registros únicamente:

Enviar los registros solicitados a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_ N.º de fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Firma de la persona: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Otra firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación del otro firmante con el cliente:  Padre de hijo menor de edad  Tutor  Representante Autorizado

Prueba de la relación del otro firmante con el cliente en EHR: \_\_\_\_\_

Identificación con foto del firmante verificada, antes de la entrega de los Registros.

Miembro del personal que aceptación/registra el formulario: \_\_\_\_\_ (incluir credenciales) Fecha: \_\_\_\_\_